

TITRES DE M. HUGUIER.

Ils peuvent être rangés en quatre sections :

La première comprendra les travaux en médecine et en chirurgie;

La deuxième, les travaux en anatomie pathologique et physiologique;

La troisième, l'enseignement;

La quatrième, l'énoncé des places et des récompenses obtenues au concours.

1^{re} SECTION.

Travaux en Médecine et en Chirurgie.

A. Un *Mémoire sur le diagnostic* (Archives générales de médecine, 1833).

J'ai montré, à l'aide de faits anatomico-pathologiques, que : 1^o les anévrismes de l'aorte pectorale peuvent, suivant leur position, les parties qu'ils compriment, leur mode d'ouverture dans l'œsophage ou dans la trachée-artère, être pris pour une gastrite chronique, une gastralgie, une hématomèse, une hémoptysie, ou même une phthisie laryngée (on trouve dans ce travail un cas fort remarquable de compression et d'atrophie du nerf laryngé récurrent gauche par un anévrisme de la concavité de la crosse de l'aorte, ce qui déterminait tous les symptômes d'une phthisie laryngée (1)); 2^o que les ossifications de l'aorte, qui donnent si souvent lieu à l'anévrisme du cœur, peuvent, quand elles sont très-étendues, simuler cette affection sans que l'organe central de la circulation soit le siège d'aucune des lésions désignées sous le nom commun d'anévrisme du cœur, et qu'il doit surtout en être ainsi lorsque les parois de l'artère pulmonaire sont ossifiées en même temps que celles de l'aorte, comme le prouve le fait rapporté dans ce mémoire. Ce cas d'ossification de presque toute l'étendue de l'artère pulmonaire est le seul qui ait été consigné dans les annales de la science; 3^o qu'une myélite chronique de la région cervicale de la moelle peut troubler les fonctions du cœur et celles qui dérivent du jeu régulier de cet organe sans qu'il soit le siège d'aucune lésion organique et sans que cette myélite ait été accompagnée des symptômes qui en révèlent l'existence; 4^o que dans certains cas il est extrêmement difficile de ne pas confondre les maladies des

(1) Un fait analogue avait déjà été observé par M. Isidore Bourdon.

enveloppes qui protègent la moelle avec celles de la partie correspondante du système nerveux, comme aussi de distinguer les unes des autres les maladies des organes protecteurs eux-mêmes. J'ai rapporté entre autres un fait très-important d'abcès simultanés des deux muscles psoas qui en ont successivement imposé aux médecins les plus habiles pour un lumbago, une myélite chronique et une carie vertébrale. 5° Dans le même travail, j'ai montré, par un grand nombre de faits recueillis tant dans les hôpitaux que dans les amphithéâtres de la Faculté, que, dans presque tous les cas de l'affection désignée sous le nom d'hydropisie de l'ovaire, ces deux organes sont malades à la fois, que dans l'un la maladie est arrivée ou sur le point d'arriver à sa dernière période, tandis que dans l'autre elle est encore dans sa période d'accroissement, et n'offre le plus souvent qu'un volume médiocre, ce qui, joint à l'hydropisie ascite qui accompagne si souvent cette affection, en rend le diagnostic très-difficile ou impossible; qu'il est très-rare que le kyste ne renferme que de la sérosité, sans autres produits morbides. Il résulte de ces observations qu'il ne faut jamais tenter d'opération sérieuse pour guérir cette affection avant d'avoir pratiqué préalablement une ou plusieurs ponctions.

B. Un *Mémoire sur la maladie syphilitique des femmes enceintes et des enfants nouveau-nés*, lu à l'Académie le 14 juillet 1840, dans lequel j'ai décrit les modifications que la grossesse fait subir aux symptômes de la maladie tant sous le rapport de leur nature, de leur nombre, de leur étendue, que sous celui de leur fréquence relative, ce qui n'avait pas encore été fait. J'ai fait connaître l'influence de la syphilis sur la grossesse, les causes variées des avortements chez les femmes enceintes syphilitiques, et me suis attaché, à l'aide de nombreux faits (127) recueillis avec soin, à faire ressortir les avantages et les inconvénients des diverses méthodes thérapeutiques employées chez les femmes enceintes. J'ai démontré que de tous les accidents qui peuvent être produits par la maladie, le plus difficile à prévenir est l'hérédité, quelle que soit la méthode thérapeutique à laquelle on ait recours.

On trouve dans ce mémoire une exposition détaillée de l'opinion des divers auteurs qui ont écrit sur la maladie vénérienne des femmes enceintes, depuis l'invasion de cette maladie en Europe jusqu'en ces derniers temps; et, de plus, une analyse de cent vingt-sept observations recueillies sur des malades entrées à l'hôpital des Vénériens.

C. Un *Mémoire sur les fractures de l'extrémité inférieure du radius*, lu à l'Académie en mars 1842.

Dans ce mémoire, je rappelle les caractères principaux de ces fractures, leurs causes, leur direction, le sens de leur déplacement, qui le plus souvent a lieu tout à la fois suivant la longueur, la direction et l'épaisseur de l'os.

Dans une seconde partie, j'indique, ce qui n'avait pas encore été fait avec soin jusqu'à ce jour, quelles sont les raisons anatomo-pathologiques pour lesquelles la crépitation manque si souvent dans ces fractures. Les causes de l'absence de cette crépitation sont rattachées à sept chefs principaux : 1° à ce qu'assez souvent le fragment inférieur n'est pas déplacé et est immobile sur le supérieur; 2° à ce que presque toutes ces solutions sont obliques en haut et en arrière, ou en haut et en avant; 3° à ce que, dans ces fractures obliques de l'extrémité inférieure du radius, on ne peut faire éprouver au fragment inférieur des mouvements assez étendus en dedans et en dehors; 4° à la pénétration des fragments l'un dans l'autre; 5° à l'épanchement de sang qui se forme entre les fragments; 6° au peu de résistance et de dureté des surfaces de la fracture; 7° au peu de prise que l'on a sur le fragment inférieur et au peu d'étendue du levier qu'il présente.

Dans un troisième chapitre, je m'occupe de l'anatomie physiologique et du mécanisme de la main et de l'avant-bras, considérés sous le rapport du traitement, c'est-à-dire des indications à remplir et des moyens chirurgicaux à employer. Je prouve, après avoir donné une nouvelle description de la configuration de ces parties et des liens qui les unissent, qu'elles sont très-propres à l'application d'un appareil à extension continue. Cette partie du mémoire prouve que l'anatomie chirurgicale et la mécanique animale sont susceptibles de faire encore de grands progrès.

Dans un quatrième chapitre, je passe en revue les nombreuses indications thérapeutiques que présente cette lésion. Presque toutes ces indications se tirent de la direction de la fracture, du genre de déplacement qui l'accompagne et de l'organisation de la partie. Celles sur lesquelles j'insiste le plus sont : de rendre au radius ou aux deux os de l'avant-bras leur longueur primitive, à la faveur d'un appareil à extension qui lutte constamment contre l'action incessante des muscles de l'avant-bras; de porter la totalité de la main et non son extrémité inférieure seulement en dedans lorsqu'il y a déplacement du fragment inférieur en dehors; d'éviter autant que possible les compressions au niveau de l'articulation radiocarpienne et des gaines tendineuses, et de ne pas rapprocher le premier métacarpien du deuxième, afin de conserver le premier intervalle interosseux.

Dans un cinquième chapitre, après avoir examiné les avantages et les inconvénients des divers appareils proposés jusqu'à ce jour et prouvé qu'aucun d'eux ne

remplit les indications les plus importantes, je décris un appareil à extension continue que j'ai inventé, et dont j'ai fait l'application pour la première fois à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Gerdy, le 5 septembre 1841, lorsque je remplaçai ce savant professeur.

Dans un sixième chapitre, je fais connaître quelles sont les causes anatomo-pathologiques de l'altération des mouvements ou de la demi-ankylose qui succède ordinairement à ces sortes d'affections.

Enfin je termine ce travail par un exemple de luxation complète du poignet en arrière, et par le parallèle des signes différentiels qui existent entre les luxations et les fractures de l'extrémité inférieure de l'avant-bras.

D. Une *Dissertation sur la valeur des diverses méthodes de traitement proposées contre les varices*. (Thèse pour l'agrégation.)

Après avoir esquissé à grands traits, mais d'une manière exacte, l'opinion des auteurs qui ont écrit sur les varices, depuis la plus haute antiquité jusqu'à nos jours, je passe en revue la valeur relative et absolue de chacune des méthodes qui ont été employées contre les varices; je fais ressortir les avantages et les inconvénients de chacune d'elles; j'examine les accidents qu'elles peuvent déterminer, et précise, autant que possible, les cas où chaque moyen curatif peut ou doit être mis en usage; je donne une explication anatomico-physiologique des causes de l'insuccès de la plupart des procédés employés contre cette maladie. Quand je rejette quelque moyen, c'est après avoir démontré par des faits qu'il est infidèle ou nuisible. Je termine en concluant que la compression seule ou aidée de la position doit être considérée comme la méthode générale, non-seulement à cause des nombreux cas de varices dans lesquels il convient de l'employer, mais encore parce qu'elle est apte à prévenir et à combattre les nombreuses complications des varices, qu'elle ne détermine jamais d'accidents à proprement parler, amène dans plusieurs circonstances la cure radicale, et qu'enfin elle a été employée, par ceux qui l'ont le plus dépréciée, comme moyen auxiliaire des opérations qu'ils ont pratiquées contre les varices, et qui sans elle eussent échoué un plus grand nombre de fois encore.

E. Une *Dissertation sur les opérations de la pupille artificielle*. (Thèse pour la chaire de médecine opératoire à la Faculté de médecine, février 1844.)

Dans un premier chapitre, intitulé *Considérations générales sur la pupille artificielle*, j'ai traité de l'historique de l'opération, des cas qui la réclament, de ses

contre-indications, des circonstances dans lesquelles elle a le plus de chances de succès, du siège, de l'étendue, de la forme de l'ouverture pupillaire, de la conduite que doit tenir le praticien à l'égard du cristallin et de sa capsule, et de la préparation du malade avant l'opération.

Dans un deuxième chapitre, en envisageant le sujet sous le rapport opératoire, j'ai donné une nouvelle classification des nombreuses méthodes et des procédés si variés à l'aide desquels on pratique cette opération. Tous ces procédés ont été rattachés à sept méthodes. Je me suis efforcé, avec M. Laugier, de faire revivre la coréanaplastie (rétablissement de la pupille naturelle), qui dans certains cas a des avantages incontestables sur les autres méthodes. A mesure que j'ai examiné chacun des principaux procédés décrits par les auteurs, j'ai fait ressortir ses avantages et ses inconvénients. J'ai inventé et décrit un nouveau procédé de corétomédialysie qui, comme le procédé tant vanté de Donégana, n'a pas l'inconvénient de rendre très-difficile ou impossible l'incision de la partie décollée de l'iris.

Dans le troisième et dernier chapitre, intitulé *Appréciation des méthodes et procédés*, j'ai démontré que la diversité des cas qui nécessitent cette opération s'opposera toujours à ce que l'on choisisse une méthode ou un procédé à l'exclusion des autres. Aussi, après avoir démontré que l'iridectomie doit être considérée comme la méthode générale, nous avons fait connaître les circonstances dans lesquelles l'iridodialysie, l'iridotomie, la coréanaplastie et la corectopie doivent lui être préférées.

F. Une *Dissertation sur le diagnostic différentiel des maladies chirurgicales du coude.*

Dans ce travail, presque entièrement neuf pour cette région, j'ai indiqué diverses dispositions anatomiques inédites qui expliquent pourquoi les épanchements intra-articulaires, quelque variés qu'ils soient dans leur nature, se montrent toujours sur certains points du pourtour de l'articulation et non sur d'autres indiqués par les auteurs; pourquoi ces points ne sont pas les mêmes à toutes les époques de la maladie, bien qu'ils soient invariables pour chaque époque; pourquoi les plaies pénétrantes de cette articulation sont tellement rares qu'on en connaît à peine quelques cas dans la science.

J'ai divisé les nombreuses maladies dont j'avais le diagnostic différentiel à établir en deux grandes classes : dans la première j'ai rangé les maladies extra-articulaires, que j'ai divisées en deux groupes : celles de la partie antérieure du coude et celles de la partie postérieure; dans la seconde j'ai placé toutes les maladies

propres à l'articulation huméro-cubitale, et établi trois groupes : celui des lésions physiques, celui des lésions vitales et celui des lésions organiques.

La simple énumération des sujets traités donnera une idée complète de ce travail :

Maladies extra-articulaires.

Plaies des artères, anévrysmes, plaies des veines du coude, plaies des vaisseaux lymphatiques et fistules lymphatiques, érysipèle phlegmoneux, phlébite, angéioleucite.

Maladies intra-articulaires, ou des tissus qui composent l'articulation.

Lésions physiques : plaies pénétrantes de l'articulation, de dehors en dedans, par un instrument piquant ou tranchant; de dedans en dehors, par un fragment osseux.

Fractures A, qui siègent sur l'humérus, transversale et en rabe, transversale et oblique de haut en bas et d'arrière en avant, transversale et oblique d'avant en arrière et de haut en bas; fractures obliques proprement dites, ou obliques latéralement; fractures des condyles, de la trochlée et de la tubérosité interne, de la petite tête de l'humérus et de sa tubérosité.

B, qui siègent sur les os de l'avant-bras :

1° De l'olécrâne, 2° de l'apophyse coronoïde, 3° de l'extrémité supérieure du radius, au-dessus de la tubérosité bicipitale, dans son col; 4° fractures multiples et complexes.

Luxations de l'avant-bras : 1° En arrière, complètes et incomplètes; 2° en avant; 3° interne, complète, incomplète; 4° externe, complète, incomplète; 5° de l'extrémité supérieure du radius, en avant, en arrière, en dehors; 6° luxation du cubitus seul en arrière.

Diagnostic différentiel de ces luxations entre elles.

Diagnostic différentiel des luxations d'avec les fractures.

Corps étrangers articulaires.

Entorse.

Lésions vitales.

Arthrite.

Épanchements articulaires; sanguin, séreux, purulent. Tous commencent par faire saillie sur un seul point du pourtour de l'articulation, derrière la cavité olécrânienne de l'humérus devant le tendon du triceps brachial, puis sur deux autres points, les parties latérales de ce tendon; ensuite en dehors, puis enfin en dedans de l'olécrâne. Une fois la synoviale déchirée ou usée, si la matière de l'épan-

chement vient se concentrer sur un point éloigné de l'articulation; c'est en suivant un trajet que j'ai fait connaître avec soin et qui est constamment le même, ce qui aide beaucoup à établir le diagnostic des abcès qui viennent de l'articulation d'avec ceux qui sont étrangers à cet article, et siègent seulement dans son voisinage.

Diagnostic différentiel des épanchements intra-articulaires entre eux.

Ankylose.

Relâchement et inflammation chronique des ligaments de l'articulation radio-cubitale supérieure et de la luxation lente de la tête du radius en arrière.

Lésions organiques.

Tumeurs blanches, carie, névrose, tubercule, ostéosarcome.

Dans ce travail, j'ai, comme on le voit, éliminé toutes les maladies qui ne sont pas modifiées par leur séjour sur la région du coude; ainsi les maladies aiguës et chroniques de la peau, qui sont ici ce que nous les voyons être sur les autres points de l'économie, dans lesquels les téguments offrent les mêmes dispositions, ne m'ont pas occupé : il en a été de même des plaies simples, des ulcères, des brûlures, de la gangrène, des kystes, des loupes, des lipomes, du furoncle, de l'anthorax, du phlegmon, des abcès, de l'œdème, de la rupture des tendons, etc., qui offrent les mêmes caractères que sur les autres régions de l'économie.

G. *Mémoire sur les maladies de la glande vulvo-vaginale et les divers appareils sécréteurs de la vulve.* (Avec planches.)

Cet ouvrage, entièrement original, pour la composition duquel j'ai recueilli plus de cent quarante observations, dans l'espace de quatre ans, renferme l'histoire de quatorze maladies nouvelles. Il suffira, pour donner une idée de son importance et de son étendue, de rappeler les conclusions que nous avons placées à la fin.

La *folliculité vulvaire*, dont nous ne trouvons de description dans aucun auteur, ne doit pas être confondue avec l'affection que M. Robert appelle *inflammation des follicules muqueux de la vulve*, et que les auteurs de la *Bibliothèque du médecin-praticien* ont désignée sous le nom de *vulvite folliculaire*. Il faut éviter de la confondre avec l'herpès, l'ecthyma, surtout avec la maladie vénérienne; en effet, dans sa première période, avant la suppuration, elle ressemble à certains tubercules muqueux à leur début; dans sa dernière période elle simule quelquefois une blennorrhagie ou des chancres naissants.

La vulve, comme la plupart des autres parties de l'économie, peut être le siège d'une *acné* qui détermine parfois un prurit vulvaire très-incommode et très-re-

belle. Cette affection est susceptible d'être prise pour une maladie syphilitique, surtout lorsqu'il existe en même temps un écoulement vaginal et des cuissous au pudendum.

Les follicules sébacés de la peau des organes génitaux peuvent s'hypertrophier, former un relief plus ou moins considérable, se détacher en quelque sorte du tégument, et donner naissance à de petites tumeurs que j'ai désignées sous le nom d'*exdermoptosis*, qui sont très-souvent prises pour des végétations ou des tubercules syphilitiques. L'erreur est d'autant plus facile que fréquemment elles sont accompagnées d'irritation à la vulve et d'écoulement : elle est en quelque sorte inévitable pour le médecin qui ne connaît pas bien leurs caractères, si la malade a en même temps des excoriations ou des chancres aux organes sexuels. Cette affection peut se présenter sur presque tous les points de la surface du corps. C'est elle qu'un ancien interne de l'hôpital des Enfants malades a décrite sous le nom de *moluscum*, et qu'un de mes collègues de l'hôpital Saint-Louis a décrite depuis sous le nom d'*acné varioloïde*.

Les mêmes organes peuvent se convertir en *kystes sébacés* plus ou moins volumineux.

L'appareil glanduleux vulvo-vaginal est quelquefois le siège d'une *hypersécrétion simple* ou d'une *hypersécrétion purulente* qui peuvent faire naître des pollutions involontaires, l'habitude de la masturbation, être confondues avec l'inflammation des follicules mucipares isolés, la leucorrhée, la blennorrhagie vulvaire, un abcès, une fistule de la vulve, etc., ou amener, lorsqu'elles se prolongent, diverses affections des organes génitaux et des troubles fonctionnels soit de ces organes mêmes, soit de ceux qui sympathisent avec eux.

La glande est assez souvent atteinte d'*engorgement chronique*, accompagné ou non d'*hypersécrétion*, qui plusieurs fois en a imposé pour un ganglion engorgé, un ancien kyste ou un abcès, dont les parois revenues sur elles-mêmes se sont converties en fistule. Il dispose aux inflammations aiguës et aux abcès.

Cet organe peut subir une telle dégénérescence qu'il se convertisse en une *masse fibreuse*.

Le conduit excréteur de la glande peut s'enflammer et être le siège d'un *abcès* qui offre pour principaux caractères : 1° d'être toujours peu volumineux, 2° presque complètement indolent, quoique situé au sein d'une partie très-sensible; 3° de ne jamais déformer les lèvres vulvaires comme les autres abcès de cette partie; 4° d'être fluctuant dans toute son étendue presque aussitôt son apparition; 5° d'être situé immédiatement au-dessous de la membrane muqueuse de l'entrée de la vulve;

6° de s'ouvrir ou de paraître s'ouvrir très-prompement; 7° de récidiver fréquemment, surtout aux époques menstruelles ou après des excès conjugaux; 8° de laisser après eux une hypersécrétion simple, purulente, ou bien une cavité ovulaire qui peuvent être la cause de nombreuses erreurs de diagnostic.

La glande elle-même est souvent atteinte d'une *inflammation aiguë* qui peut se terminer par la suppuration de son parenchyme ou des granulations qui la composent. Très-rarement l'affection existe à la fois des deux côtés aux mêmes degrés d'intensité et à la même période.

Dix-sept fois sur vingt, ces abcès, comme les précédents, reconnaissent pour cause les premiers rapports sexuels ou des abus de coït : aussi peut-on avancer d'une manière générale que quand des abcès de la vulve se sont manifestés après cette cause, ils siègent dans l'appareil glanduleux. Leur cause la plus fréquente après celle-ci est la blennorrhagie.

Dans ces *inflammations phlegmoneuses de la glande*, les phénomènes morbides se passent dans cet organe et ne s'étendent aux parties voisines que dans des limites très-restreintes. Lorsque l'abcès doit s'évacuer spontanément par une ouverture accidentelle, celle-ci ne se fait jamais sur la face externe de la grande lèvre, sur son bord libre ou dans le rectum; de sorte que dans aucun cas une fistule recto-vulvaire ne succède à ces collections purulentes.

Ce sont autant d'erreurs de dire que les abcès qui dépendent de la blennorrhagie (abcès qui siègent dans l'appareil glanduleux) : 1° soient suivis de fistules recto-vulvaires; la méprise vient de ce que, chez les femmes de joie sur lesquelles on s'est appuyé pour avancer cette assertion, en même temps qu'il y a blennorrhagie, souvent il existe des maladies du rectum qui sont la véritable cause de la fistule recto-vulvaire; 2° que ces abcès se convertissent en kystes lorsqu'ils se sont renouvelés plusieurs fois; 3° que ce soient eux qui donnent naissance aux hâtons appelés d'emblée; 4° que ces abcès soient pleins d'une sanie virulente, qui est la cause de la maladie vénérienne. Il n'en est ainsi que quand ces abcès sont accompagnés de chancres qui ont atteint l'appareil glanduleux; 5° qu'ils se convertissent souvent en fistules vulvaires.

Ces abcès sont souvent confondus avec trois autres espèces de collections purulentes qui se forment à la vulve, savoir : les abcès phlegmoneux, stercoro-vulvaire et prérecto-vulvaire. Ce dernier surtout a avec eux de grandes analogies, mais il en diffère principalement en ce que le pus qui en provient est plus abondant, noirâtre, a une odeur fétide et peut se faire jour dans le rectum, en ce qu'il est suivi d'un cordon cylindrique induré qui se porte de la grande lèvre à l'intestin.

Ainsi que les abcès du conduit, ils ont souvent été pris pour des kystes, des fistules vulvaires, et même une blennorrhagie. Ils ne doivent pas être ouverts en dehors, sur la face externe de la grande lèvre, mais bien en dedans, et, si faire se peut, dans le fond du pli nympho-labial, suivant la règle que nous avons indiquée, d'éviter un cul-de-sac dans lequel les liquides génito-urinaires pourraient séjourner.

Dans les abcès à répétition, l'instrument tranchant ne prévient la récurrence, si c'est un abcès du conduit, qu'en détruisant la continuité de sa cavité; et si c'est un abcès de la glande, qu'en extirpant celle-ci.

L'orifice du conduit excréteur est quelquefois atteint d'un rétrécissement ou d'une oblitération complète, qui peuvent être la cause d'une hypersécrétion purulente, d'un abcès ou d'un kyste muqueux. D'autres fois il est agrandi ou complètement détruit, et est remplacé par une ouverture qui même dans un cul-de-sac au fond duquel les liquides génito-urinaires peuvent s'introduire et séjourner.

L'appareil sécréteur vulvo-vaginal est très-souvent le siège de kystes muqueux, qui jusqu'à ce jour ont été confondus avec les autres kystes de la vulve, et dont la fréquence, la nature, le siège précis, le mode de développement et la marche ont été méconnus. Les propriétés chimiques et physiques du liquide qu'ils renferment, ainsi que l'organisation de leurs parois, démontrent, de la manière la plus évidente, leur nature muqueuse.

La dissection prouve que tantôt ils occupent le conduit excréteur seul, tantôt les granulations, et d'autres fois enfin ces deux parties de l'appareil.

Ils adhèrent fortement aux parties voisines et se laissent difficilement énucléer en entier, la simple incision de ces kystes, suivie de l'irritation, de la scarification, de l'excision partielle ou de la cautérisation de leurs parois, suffit pour en amener la guérison. Il faut se garder de croire qu'on n'en obtienne la cure radicale qu'autant qu'on les extirpe complètement. La cause de leur récurrence ne git pas dans leur extirpation incomplète ou dans la portion de leurs parois laissée dans les organes, mais bien dans la présence des parties qui d'un instant à l'autre peuvent se convertir en kystes ou dans celle de très-petits kystes qui, au moment de l'opération, ont échappé au chirurgien et ont continué à s'accroître au point de devenir manifestes et de faire croire à la réapparition des premiers.

L'incision doit toujours être pratiquée dans le fond du pli nympho-labial, à la surface interne de la grande lèvre, à moins que la tumeur ne soit très-volumineuse: dans ce cas, elle doit être faite sur le bord libre de cette lèvre et lui être parallèle.

L'appareil peut être affecté de *blennorrhagie*, d'abcès *syphilitiques*, de *chancres* et de *végétations*.

Les *chancres* sont primitifs ou consécutifs à un abcès vénérien. Le plus ordinairement ils sont à découvert, faciles à constater, d'autres fois ils sont pour ainsi dire cachés dans l'épaisseur des parties et peuvent en imposer pour d'autres affections.

Les *végétations* peuvent, comme les chancres, siéger sur l'orifice du conduit excréteur ou avoir pris naissance dans l'intérieur de ce canal.

L'ensemble des faits que j'ai exposés dans mon mémoire sur la glande vulvo-vaginale et ses fonctions forme, avec ceux renfermés dans celui-ci, tout un nouveau système anatomique, physiologique et pathologique, qui avait jusqu'alors échappé à l'investigation des anatomistes et des pathologistes. (Cet ouvrage, qui forme un in-quarto de près de 400 pages, a été couronné par l'Institut.)

H. *Mémoire sur l'esthiomène ou le lupus de la vulve et du périnée, sur ses analogies avec celui du visage, avec l'affection désignée improprement sous le nom d'éléphantiasis des Arabes, sur ses complications et son traitement* (avec planches).

Après avoir fait connaître les causes pour lesquelles cette affection était restée jusqu'à ce jour inconnue, j'ai démontré quelles étaient les nombreuses et profondes analogies anatomo-physiologiques et pathologiques qui existent entre le visage et la région vulvo-périnéale, analogies qui expliquent la présence de cette maladie sur cette région. J'ai ensuite prouvé, par des faits, que les diverses espèces d'esthiomènes que l'on observe au visage peuvent se montrer sur la vulve et le périnée.

J'ai décrit les graves complications que cette maladie peut entraîner à sa suite dans cette région. J'ai fait connaître les caractères diagnostiques qui servent à la distinguer du cancer, de la syphilis et de l'hypertrophie de la vulve, avec lesquelles elle a été et est encore confondue. (Cet ouvrage a été couronné par l'Institut.)

Depuis la publication de ce travail dont les idées ont été adoptées par les praticiens les plus distingués et les plus expérimentés sur cette matière, j'ai prouvé par de nouveaux faits que cette affection peut également exister sur la région ano-périnéale de l'homme, chez lequel elle avait été aussi confondue avec le cancer et la syphilis.

I. *Considérations sur la nature et le traitement des contractions de l'extrémité inférieure du vagin.* (Thèse pour le doctorat.)

Comme les contractions de l'anus, elles peuvent être symptomatiques ou essentielles. Les premières, qui ne sont pas très-rares, compliquent ordinairement les

affections dartreuses de la vulve et nécessitent le même traitement que ces maladies. Quant à la constriction spasmodique essentielle, elle est excessivement rare; le cas que j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis est le seul que possède la science. Je ne trouvai contre cette maladie qu'un seul remède, l'incision du muscle constricteur du vagin à droite et à gauche. (Thèse pour le doctorat.)

J. *Mémoire sur les polypes utéro-folliculaires.* (Mémoires de la Société de chirurgie, t. I^{er}.)

La nature de cette nouvelle espèce de polype de l'utérus, dont nous avons constaté l'existence et donné une description le 11 octobre 1843, a été confirmée depuis cette époque par des faits présentés à la Société de chirurgie par MM. Nélaton, Lenoir et Jarjavay.

C'est à cause de la grande analogie anatomo-physiologique et pathologique de ces tumeurs avec l'utérus que certains polypes ont été souvent pris pour la matrice malade, en état de prolapsus ou de renversement : erreur qui a été non-seulement commise par les anciens, mais par les praticiens les plus célèbres de nos jours qui les ont enlevés pensant enlever la matrice, ou les ont réduits dans le bassin croyant replacer la matrice en prolapsus.

Nous avons de plus démontré dans ce travail que cette espèce de polype creux et tapissé d'une membrane muqueuse s'insère sur le col ou dans la cavité du col de la matrice, mais jamais dans la cavité du corps de cet organe.

K. *Note sur les polypes formés par le tissu propre de l'utérus.* (Mém. de la Société de chir., t. II.)

J'ai démontré que le tissu propre de l'utérus, en devenant le siège d'une hypertrophie locale, peut donner naissance à des polypes qui ont une marche particulière et dont la ligature et l'amputation peuvent être suivies d'accidents plus fréquents et plus graves que pour les autres tumeurs développées à la surface interne de cet organe.

L. *Mémoire sur les kystes de la matrice et sur les kystes folliculaires du vagin.* (Mém. de la Société de chir., t. I^{er}.)

Pour faire connaître l'importance de ce travail, couronné par l'Institut, il suffira de rappeler les conclusions qui en découlent.

Kystes utérins.

I.

L'utérus peut être atteint de kystes de différente nature, qui étaient restés inconnus ; si on en trouve quelques traces dans les auteurs, c'est d'une manière toute fortuite qu'elles ont été signalées : aucune description pathologique ou anatomique n'a été donnée de cette affection.

II.

On trouve quelquefois dans cet organe des tumeurs creuses qui ont quelques analogies avec les kystes, mais qu'il ne faut pas confondre avec eux : ce sont des pseudo-kystes ou des polypes utéro-folliculaires.

III.

Les kystes de l'utérus peuvent être muqueux ou séreux ; les premiers se développent dans les follicules muqueux de l'organe, les seconds dans son tissu cellulaire.

IV.

Les kystes muqueux, qui ont leur point de départ dans les follicules de ce nom, sont comme ceux-ci intra ou extra-utérins, sous-muqueux ou interstitiels. Les anatomistes modernes, et surtout les anatomistes classiques, ont commis une faute grave en négligeant l'étude approfondie de ces organes sécréteurs. Jusqu'à ce jour ces kystes n'ont été trouvés que sur ou dans le col.

V.

Le liquide qu'ils renferment a les mêmes propriétés physiques, chimiques et microscopiques que le mucus utérin et même que le mucus nasal, à l'exception toutefois des lamelles épidermiques.

VI.

La marche chronique de cette maladie, le peu de surface qu'elle occupe, le peu de sensibilité des parties au sein desquelles elle se développe et le peu d'importance de ces parties dans le système général de la vie de relation et de nutrition, font que son début échappe constamment à la malade et au praticien.

VII.

Ces tumeurs sont en général souples, molles dans toutes leurs parties, mais jusqu'à ce jour n'ont jamais été trouvées fluctuantes, à proprement parler ; elles peuvent offrir la consistance et l'élasticité d'un corps fibreux. — L'absence de la

fluctuation et quelquefois la consistance considérable de ces tumeurs sont les deux principales causes des erreurs de diagnostic qui ont été commises à leur égard.

VIII.

Les troubles fonctionnels locaux et généraux qu'elles déterminent leur sont communs avec beaucoup d'affections graves de l'utérus. Leurs véritables caractères diagnostiques se tirent des signes sensibles.

IX.

Jusqu'à la publication de ce travail, ces poches muqueuses avaient été confondues sur le vivant avec un engorgement de l'utérus, une métrorrhagie essentielle, une ulcération du col, un polype, un corps fibreux ou des tumeurs fongueuses de la matrice.

X.

Il faut dans certains cas aller à la recherche de ces kystes jusque dans la cavité utérine, où ils peuvent être attaqués avec succès.

XI.

L'utérus peut être le siège des kystes séreux plus ou moins nombreux et volumineux qui se développent sous le péritoine, sous la membrane cellulo-fibreuse qui enveloppe l'organe, ou bien dans l'épaisseur de ses parois entre les couches musculaires qui les composent.

XII.

Les parois de ces kystes sont plus ou moins épaisses et formées de deux, trois ou quatre enveloppes, suivant leur siège. Le liquide qu'ils renferment est aqueux et offre tous les caractères physiques, chimiques et microscopiques de la sérosité.

XIII.

Les accidents qu'ils déterminent sont beaucoup moins graves que ceux produits par les kystes muqueux : ils peuvent simuler des kystes, des ovaires, des trompes, des ligaments larges, une antéversion, une rétroversion, une rétro ou antéro-flexion, un corps fibreux, une tumeur encéphaloïde de l'utérus, un abcès froid, etc.

XIV.

Les kystes séreux extra-utérins, placés entre la vessie et l'utérus ou entre cet organe et le rectum, peuvent être attaqués avec succès par le cul-de-sac du vagin.

Il est probable qu'on obtiendrait le même avantage en ouvrant les kystes interstitiels par la cavité utérine.

Kystes des parois du vagin.

XV.

Deux ordres de kystes muqueux folliculaires, dont jusqu'à ce moment aucune description anatomo-pathologique et dogmatique n'avait été donnée, peuvent se développer dans l'épaisseur des parois du vagin, les uns superficiels, les autres profonds : ils correspondent à des follicules de deux ordres bien distincts.

XVI.

Les changements physiologiques et les lésions que déterminent sur les organes génitaux la grossesse et la parturition paraissent être leur cause la plus active, puisque sur treize malades douze au moins avaient vu leur maladie se développer pendant la gestation ou après l'accouchement.

XVII.

Si les kystes folliculaires superficiels sont faciles à reconnaître, il n'en est pas toujours de même des kystes folliculaires profonds, qui, malgré leurs caractères propres, peuvent être pris pour un kyste venant des parties environnantes, un abcès froid, une cystocèle vaginale, une rectocèle (1), une hernie vaginale, un polype, une tumeur fongueuse, le col de l'utérus oblitéré et dilaté par le mucus utérin, etc.

XVIII.

Dans les opérations que nécessitera la cure de ces kystes, on se dispensera, autant que possible, d'enlever le fond du kyste. L'enlèvement de cette partie est non-seulement inutile, mais il peut encore être suivi de divers accidents.

M. *Mécanisme de la guérison de l'hydrocèle après la ponction et l'injection. Mode de développement de l'hydrocèle cloisonnée ou celluleuse.* (Bulletins de la Société de chirurgie.)

(1) Tout récemment, nous avons vu cette erreur commise chez une malade qui portait deux kystes folliculaires profonds : l'inférieur, qui était situé dans l'épaisseur de la paroi postérieure du vagin, à un pouce et demi de l'ouverture vulvaire, fut pris pour un rectocèle. Chez une autre malade, j'ai vu l'un de nos chirurgiens des plus distingués des hôpitaux prendre un de ces kystes placés dans le cul-de-sac droit du vagin pour une hernie intestinale.

N. *Description de la dilatation variqueuse des vaisseaux lymphatiques du pénis.* (Bulletins de la Société chirurgicale.)

O. *Précipitation de la matrice.* (Bulletins de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie.)

J'ai démontré par de nombreux faits cliniques que rien n'était plus rare qu'une précipitation ou chute complète de la matrice hors des organes sexuels; l'affection que l'on a désignée sous ce nom consiste presque constamment, au moins vingt-neuf fois sur trente, dans un allongement hypertrophique de l'organe avec renversement des parois du vagin. Il suit de ce fait anatomo-pathologique que toutes les méthodes thérapeutiques qui ont été employées jusqu'à ce jour ont dû échouer et ont en effet échoué. Une seule méthode est rationnellement applicable, c'est l'amputation du col; méthode qui est pratiquée dans ce cas avec d'autant moins de dangers qu'on opère à ciel ouvert et que les vaisseaux divisés peuvent être liés au fur et à mesure. Cinq fois déjà nous avons pratiqué cette opération avec succès.

P. *Flexions de l'utérus.* (Bulletin de thérapeutique.)

Considérées au point de vue étiologique, les anté et latéroflexions sont incurables à moins de les attaquer par les pessaires intra-utérins, qui ne réussissent que très-rarement et produisent souvent des accidents formidables. La rétroflexion seule, qui au reste produit les troubles et les accidents symptomatiques les plus sérieux, peut être traitée et souvent guérie par la voie vaginale et rectale, principalement par cette dernière, comme nous l'avons démontré par de nombreux faits.

Q. *Dissertation sur les engorgements de l'utérus.* (Bulletins de l'Académie de médecine 1849.)

Dans laquelle je pense avoir démontré non-seulement que cette affection existe, mais encore qu'elle a des caractères anatomo-pathologiques et microscopiques propres et présente plusieurs variétés bien distinctes.

R. *Mémoire sur le catarrhe utérin.* (Gazette des Hôpitaux, 1846.)

Dans ce travail j'ai démontré 1° que cette affection est uniquement produite par le col de l'utérus, et non par le corps de cet organe; que le véritable siège anatomique est dans les follicles muqueux, et non dans la membrane muqueuse de l'organe; 2° que les liquides que produisent les cavités du col et du corps sont tout à fait différents; 3° que quand tous les moyens médicaux et hygiéniques ont été inn-

tilement employés, il ne reste plus pour guérir cette affection que la destruction des follicules par l'incision et la cautérisation.

S. *Dissertation sur le décollement de la membrane hymen dans les premiers rapports sexuels. (Gazette des Hôpitaux.)*

La connaissance de cette altération de l'hymen, qui n'avait pas encore fixé l'attention des praticiens et qu'on ne saurait mieux comparer qu'au décollement de la grande circonférence de l'iris, est féconde en applications pratiques et médico-légales.

T. *Dissertation sur les plaies par armes à feu et par armes blanches, lue à l'Académie impériale de médecine dans les séances des 12, 24 et 26 septembre 1848.*

Le simple énoncé des conclusions qui terminent ce travail suffira pour donner une idée de son importance et des faits nouveaux qu'il renferme.

CONCLUSIONS.

Les plaies par armes blanches, et surtout celles produites par des coups de baïonnette, sont rarement accompagnées d'accidents graves : la forme de ce dernier instrument et son mode d'action expliquent parfaitement cette innocuité. Sur cinquante-deux cas, un seul a été suivi de mort, encore la plaie avait-elle été produite dans une condition exceptionnelle.

Plaies par armes à feu.

1° La connaissance des effets physiques qui se passent entre un projectile lancé par l'explosion de la poudre à canon et les corps contre lesquels il frappe éclaire le mécanisme, le diagnostic, les complications et même le traitement des plaies par armes à feu, et jette un grand jour sur la partie médico-légale de ces lésions.

2° L'action réciproque des balles sur les corps inertes et de ceux-ci sur les balles est absolument la même que celle de ces projectiles sur les diverses parties de l'économie animale. Les déformations qu'éprouvent les balles, les altérations qu'elles produisent sur des pierres, des lames, des conduits métalliques, des planches, des arbres, des branches, sont absolument semblables à celles qu'elles éprouvent, et produisent sur les os et certains tendons ; sur des corps organiques pulpeux, les effets sont les mêmes que sur les organes parenchymateux.

3° Les balles éprouvent une augmentation de calorique qui facilite leur déformation et leur morcellement ; il est bien peu de balles qui traversent l'économie (à moins qu'elles ne rencontrent que des parties molles) sans être plus ou moins déformées.

4° On ne peut rien statuer de fixe sur l'étendue, la forme, la régularité des plaies d'entrée et de sortie, qui, comme nous l'avons démontré, varient à l'infini, suivant une foule de conditions qui jusqu'à ce jour n'avaient pas été suffisamment étudiées, malgré leur importance diagnostique, thérapeutique et médico-légale.

5° L'ecchymose et la gangrène peuvent manquer; elles peuvent même être plus prononcées à l'ouverture de sortie qu'à celle d'entrée.

6° Le meilleur caractère différentiel entre les plaies d'entrée et de sortie, c'est que la première est généralement avec perte de substance et un peu enfoncée; la seconde avec lambeaux et saillie au dehors de tissus entraînés par la balle, tels que peau, tendons, aponévrose, graisse, etc.

7° S'il y a perte de substance aux deux ouvertures, ce qui est au reste fort rare (à moins que le coup n'ait été tiré de très-près, ou la partie traversée appuyée), il n'y a que l'examen des vêtements qui puisse éclairer d'une manière précise le diagnostic; celui-là ne trompe jamais.

8° Le trajet d'une balle, à moins qu'elle n'ait traversé un seul tissu souple, doux, homogène, comme le tissu adipeux, est loin d'être un cône canaliculé ou irrégulier, ayant sa base à la plaie de sortie: c'est une sorte de cavités anfractueuses, irrégulières; il y a ordinairement une cavité vers chaque extrémité du trajet, le tissu cellulaire sous-cutané ayant été détruit, déchiré autour de chaque plaie d'entrée et de sortie.

9° Une balle peut se déformer, s'aplatir sur un os sans y produire de lésion apparente.

10° La plaie d'un os par l'enfoncement d'une balle dans son épaisseur est de suite compliquée du décollement du périoste et de la membrane médullaire dans une plus ou moins grande étendue, de la nécrose de la portion d'os correspondante à ce décollement, d'esquilles, de la présence de la balle, de portions de balle et de fêlures.

11° Les os du crâne peuvent être sur le même sujet, et par suite de l'action d'un seul coup de feu, le siège de deux espèces de fractures, par contre-coup.

12° Les fractures directes par armes à feu, qui ne sont pas produites par la pression latérale de la balle, sont toujours accompagnées de la nécrose de l'extrémité des fragments, même dans les points où ceux-ci n'ont pas été touchés par la balle.

13° Le morcellement des balles contre certaines portions du squelette ne peut plus aujourd'hui faire l'objet d'un doute. Très-souvent de simples lamelles sont détachées de ces projectiles, et deviennent plus tard des causes d'abcès.

14° Pour qu'une artère soit coupée par une balle, en général, il faut qu'elle soit

superficielle, qu'elle repose sur un plan solide, ou qu'elle soit fixée solidement aux parties voisines, et que la balle la saisisse par son axe.

13° Les nerfs résistent encore mieux à l'action des balles que les artères.

16° Les corps étrangers, d'après les faits qui nous sont propres, compliqueraient les plaies par armes une fois sur quatre.

17° Les plaies pénétrantes du bassin sont moins graves que celles de la cavité abdominale, de la poitrine et du crâne.

18° Les plaies de la face, du cou, de l'avant-bras, avec ou sans fracture, de la jambe avec fracture du péroné seul, de la main et du pied, guérissent, en général, sans compromettre la vie et sans amputation.

19° Toutes les plaies simples par armes à feu guérissent à l'aide de pansements simples ordinaires, pourvu qu'on ait soin de maintenir dans de justes limites l'inflammation traumatique qui les accompagne habituellement.

20° Les irrigations employées dans ce but ne conviennent que pour les plaies qui siègent sur des parties peu volumineuses, tendineuses, aponévrotiques et éloignées du tronc.

21° Pas de sangsues, pas de saignées, à moins d'inflammations franchement phlegmoneuse, érysipélateuse, ou de complications viscérales.

22° Le débridement, comme moyen préventif général, doit être rejeté.

23° Les injections légèrement stimulantes et détersives sont souvent de la plus grande utilité.

24° Dans les plaies des artères par armes à feu, c'est généralement à la méthode d'Anel qu'il faut avoir recours, que l'hémorrhagie soit primitive ou consécutive.

25° Les corps étrangers, sauf quelques exceptions très-rares, dans lesquelles leur extraction peut être plus nuisible que leur présence, doivent être extraits le plus promptement possible lorsqu'on a reconnu leur présence, leur siège et l'obstacle qui s'oppose à leur sortie spontanée.

26° La même conduite doit être tenue à l'égard des esquilles; il n'y a que celles de la première et de la seconde variété qui doivent être ménagées et remplacées, c'est-à-dire celles qui adhèrent encore largement aux os ou au périoste: encore plus tard sera-t-on souvent forcé de les extraire, parce qu'elles se nécroseront ou blesseront les chairs par leur mauvaise direction. Étant fréquemment entraînées par la balle, c'est principalement par l'ouverture de sortie qu'on doit chercher à en faire l'extraction.

27° Les résections primitives doivent être généralement rejetées.

28° La plupart des fractures de la cuisse nécessitent l'amputation primitive ou

consécutive; on ne guérit guère sans cette opération que les sujets jeunes bien constitués, chez lesquels la fracture occupe le tiers inférieur de l'os sans esquilles nombreuses, sans délabrement des chairs, ni communication avec l'articulation du genou : la guérison exige des soins pendant sept ou huit mois, un an, et quelquefois plus, et l'on n'obtient souvent au bout de ce temps qu'un membre difforme et atrophié.

29° Après les fractures du fémur, celles du tibia sont celles qui nécessitent le plus fréquemment l'amputation, principalement lorsqu'elles sont à la partie moyenne, et sont compliquées de la fracture du péroné.

30° Les plaies pénétrantes de l'articulation scapulo-humérale, avec fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus et de la cavité articulaire, sans autre complication, ne nécessitent pas rigoureusement la désarticulation : il en est de même de celles qui pénètrent dans l'articulation du genou sans être accompagnées de grands dégâts vers les extrémités osseuses.

Le travail dont on vient de lire les conclusions n'a été écrit qu'après le relevé d'un grand nombre de faits et des expériences très-variées et multipliées sur l'action des balles tant sur les cadavres que sur les divers corps de la nature.

U. *Remarques sur les causes de la surdité dans la fièvre typhoïde.*

Dans ma thèse pour le doctorat en 1834, j'ai prouvé que dans les fièvres putrides, typhoïdes, l'oreille moyenne est souvent le siège d'une inflammation et d'un épanchement mucoso-purulent; en sorte que la surdité que l'on observe dans ces fièvres doit être plutôt rattachée à cette maladie de l'oreille qu'à l'état du cerveau. Ce fait a été confirmé depuis par les médecins qui s'occupent spécialement des maladies de l'oreille, et il a été mis hors de doute dans la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à l'Académie en 1853.

V. Le premier j'ai observé et décrit en 1837 une luxation du cuboïde en haut, sur une malade de l'hôpital Saint-Antoine qui s'était précipitée par une fenêtre; la réduction fut facile en pressant sur le cuboïde de haut en bas pendant qu'un aide faisait une forte extension sur la partie antérieure du pied en même temps qu'il le portait dans l'adduction.

X. *Recueil d'observations sur les maladies des os.*

J'ai rapporté l'observation d'un cas de coxalgie dans lequel tout le fond de la cavité cotyloïde a été détruit par la carie; la tête du fémur faisait saillie dans l'ex-

cavation pelvienne. Par suite de la destruction de cette partie de l'os iliaque, les symptômes qui caractérisent la coxarthrocace ont éprouvé des modifications importantes : dans la première période, il n'y a pas eu allongement du membre ; dans la seconde, il n'y a eu qu'un léger raccourcissement, sans rotation du membre soit en dedans, soit en dehors ; tout le membre avait conservé sa direction naturelle.

Le premier j'ai démontré que la carie et la nécrose des phalanges sont souvent prises, surtout chez les enfants, pour un spina ventosa, ce qui tient au gonflement très-réel qui accompagne ces affections, gonflement déterminé par l'induration et l'hypertrophie des tissus cellulaires et fibreux des doigts, ainsi que par l'infiltration dans ces tissus d'une matière blanchâtre et comme gélatineuse. Une autre cause d'erreur réside dans la situation des phalanges et dans leur conformation. En effet ces os sont placés beaucoup plus près de la face dorsale des doigts que de la face palmaire de ces organes ; de plus, ils sont concaves sur leur face antérieure, ce qui les éloigne encore de la peau en avant. Il résulte de ces deux dispositions qu'un stylet introduit par les ouvertures fistuleuses qui accompagnent le plus souvent ces affections, en passant par le milieu de la tumeur, semble passer au travers de la phalange qui paraît dilatée, bien qu'il ait glissé au-devant d'elle. L'erreur est rendue plus complète par les parties dures, résistantes et inégales que le stylet rencontre en tous sens, en arrière contre la face antérieure de l'os, en avant contre la gaine et les tendons du doigt.

Parmi un grand nombre de fractures, toutes plus ou moins intéressantes, que j'ai observées, j'ai rapporté : 1° un cas de fracture intra-capsulaire du col du fémur, guérie sans raccourcissement et sans difformité ; 2° une fracture du fémur immédiatement au-dessous des deux trochanters, prise par Lallement de la Salpêtrière pour une fracture du col du fémur, il y avait rotation du membre en dedans. Je me demande si les prétendues fractures du col du fémur avec rotation en dedans ne seraient pas des fractures semblables à celles que je viens de mentionner ; 3° trois cas de fractures du tibia qui, au lieu d'être dirigées *de haut en bas, de dehors en dedans et d'arrière en avant*, comme l'indiquent tous les auteurs, avaient eu lieu *de haut en bas, de dehors en dedans et d'avant en arrière*, de telle sorte que le fragment supérieur, au lieu de faire saillie en dedans et en avant, faisait saillie en dedans et en arrière, et le fragment inférieur en avant et en dehors ; 4° une fracture tout à fait oblique de l'extrémité supérieure du tibia ; 5° une fracture incomplète du scapulum ; la fracture est longitudinale ; 6° j'ai démontré que les os longs peuvent être le siège de fractures par enfoncement, comparables à celles qu'on observe sur les os du crâne.

Médecine opératoire.

A. *Appareil pour la fracture du péroné; modification de l'appareil de Dupuytren, qui en lui laissant ses avantages lui enlève tous ses inconvénients.* (Thèse pour le doctorat.)

B. *Opération de fistule à l'anus par un nouveau procédé.*

On substitue le spéculum en bec de cane au gorgeret; on opère ainsi la fistule à l'anus à ciel ouvert, avec la même facilité que s'il s'agissait d'ouvrir un trajet fistuleux à la surface du corps. Si une artère est ouverte, elle peut être immédiatement et facilement liée ou canthérivée avec un petit cautére; si le rectum est décollé, on le reconnaît du doigt et de l'œil, on peut très-aisément inciser la partie décollée en portant une branche de ciseau dans l'intestin et l'autre au dehors. Si dans ce temps de l'opération on ouvre une artère, on le voit tout de suite, et on peut y remédier aussitôt; s'il existe d'autres trajets fistuleux afférents ou des décollements sous-cutanés, on les reconnaît avec la plus grande facilité en sondant, à l'aide d'un stylet courbe, toute la hauteur de la plaie, qui est maintenue ouverte par l'écartement des valves du spéculum, ce qui souvent n'est pas possible avec le gorgeret. Les excisions, s'il faut en faire, ainsi que le tamponnement, s'il est nécessaire, se font beaucoup plus promptement, avec plus d'aisance que par l'ancien procédé, qui est du reste aujourd'hui abandonné par plusieurs chirurgiens pour suivre celui que nous venons d'indiquer.

C. *Procédé pour la désarticulation de la moitié de la mâchoire inférieure.* (Gazette des Hôpitaux.)

Il consiste à faire une simple incision transversale, étendue de la commissure de la bouche vers le bord postérieur de la branche de la mâchoire; on l'arrête à un centimètre en avant de ce bord. Par ce procédé, qui ne laisse presque aucune difformité, on évite la lésion des nerfs et des principales artères de la face, celle du conduit de Sténon, de la parotide; pas d'hémorrhagie, pas de fistules salivaires, ni de paralysie faciale, ni d'ophtalmie consécutive. Ce procédé a été pratiqué quatre fois de suite avec succès, trois fois par moi, une fois par M. Maisonneuve; les malades ont été montrés à l'Académie de médecine et à la Société de chirurgie.

D. *Procédé pour l'extraction des polypes naso-pharyngiens.*

Un des premiers, si ce n'est le premier, j'ai démontré et érigé en principe que pour pratiquer l'extraction complète de certains polypes volumineux des fosses nasales, de l'arrière-gorge et de la base du crâne, il faut agrandir l'ouverture anté-

rière des fosses nasales aux dépens de l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et même des parois du sinus maxillaire. Ce procédé a été depuis sanctionné dans la thèse de M. Gosselin sur le traitement du polype des fosses nasales et par les faits présentés à la Société de chirurgie.

E. *Procédé pour détruire et prévenir la récurrence des adhérences des paupières au globe de l'œil.*

Après avoir, comme tous les chirurgiens, détruit l'adhérence par la dissection, je place un linge très-fin garni de cérat entre le globe de l'œil et la paupière, je fixe le bord de ce linge au fond de la nouvelle gouttière palpébro-oculaire à l'aide de deux ou trois fils doubles qui traversent l'épaisseur de la paupière à sa base et viennent s'attacher au dehors sur un rouleau de diachylon; le corps étranger est maintenant ainsi sans aucun déplacement possible (c'est en cela que consiste le procédé), jusqu'à ce que la plaie faite à l'œil et au voile palpébral soit cicatrisée. J'ai, en 1850, montré à l'Académie de médecine un malade chez lequel j'ai détruit et prévenu, par ce procédé, la récurrence de l'adhérence.

F. *Opération de la hernie étranglée.*

§ 1^{er}. *Procédés pour éviter la lésion de l'intestin.*

Tous les chirurgiens expérimentés savent que c'est en ouvrant le sac et en débridant que l'intestin court le plus de chance d'être blessé. Que de fois cet organe a été ouvert en débridant sans que le chirurgien s'en soit aperçu et sans qu'il ait pu se rendre compte de cette lésion constatée à l'autopsie!

1^o Pour éviter l'accident en ouvrant le sac, il faut l'inciser là où l'on trouve de la transparence. On devra donc chercher celle-ci après que les premières enveloppes sont incisées. La transparence trouvée, l'opération est très-simplifiée, promptement et sûrement achevée.

2^o Pour l'éviter en débridant, ce que la sonde cannelée ordinaire, celle de J. L. Petit, ou les doigts d'un aide ne sauraient empêcher, il faut se servir d'une sonde cannelée courbée, à cannelure très-profonde et très-large (14 à 12 millim.) et renflée en ventre; le fond de la cannelure offre au milieu de sa largeur, dans toute sa longueur, une rainure pour guider la lame du bistouri, qui est ainsi toujours maintenue à une égale distance des bords de la sonde et loin de l'intestin, qui se trouve de la sorte protégé au-dessus, au niveau et au-dessous de l'étranglement. L'extrémité de cette sonde est polie et assez volumineuse pour ne pas être exposé à déchirer ou percer l'intestin. C'est surtout en protégeant cet organe au-dessus et

au niveau de l'étranglement, là où les autres sondes et les doigts d'un aide ne peuvent rien, que cet instrument rend de grands services. Sa courbure fait que la cannelure n'abandonne pas la paroi abdominale et qu'aucune anse intestinale ne vient se placer sous le tranchant du bistouri.

§ 2. Dans les hernies dont le collet ou goulot a beaucoup de longueur (hauteur), si le débridement ne porte pas sur toute l'étendue de ce collet, l'étranglement peut n'être levé qu'en partie, ou il peut arriver qu'une portion ou la totalité des parties herniées passe, pendant la réduction, par l'incision faite au collet dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et les accidents continuent. J'ai observé un cas de ce genre en 1854.

G. Adénite cervicale, extirpation.

Pour l'extirpation des ganglions lymphatiques carotidiens profonds et volumineux situés au-dessous du muscle sternomastoïdien, des principaux vaisseaux et nerfs de la région laryngo-carotidienne, il faut attaquer ces ganglions par une incision pratiquée le long du bord postérieur du muscle sternomastoïdien et non directement le long de son bord antérieur, où l'on blesserait infailliblement quelques-unes des parties importantes que je viens de signaler. L'an dernier (1853), j'ai montré à la Société de chirurgie une malade chez laquelle j'ai enlevé avec succès, par cette voie, une tumeur ganglionnaire plus volumineuse qu'un gros œuf de dinde, bien que cette tumeur fût placée entre le sternomastoïdien et le larynx.

H. Le premier j'ai fait connaître les avantages que l'on peut retirer du cathétérisme utérin et de l'hystérométrie considérés au point de vue du diagnostic, et j'ai inventé pour cette opération un instrument qui est généralement adopté.

I. Amputation des extrémités.

1° Amputation des trois derniers doigts avec les métacarpiens correspondants. Opération pratiquée avec succès sur une malade atteinte d'une ulcération esthionénale de la main. (*Bulletins de la Société de chirurgie.*)

2° Amputation des trois doigts et des trois métacarpiens du milieu dans leur articulation carpo-métacarpienne en conservant le pouce et l'auriculaire.

3° Amputation des métatarsiens et des os du tarse dans les articulations cunéo-scaphoïdiennes en conservant les orteils.

4° Dans les maladies des os du pouce, on doit se garder d'amputer ce doigt. Il faut seulement enlever les os altérés et conserver toutes les parties molles qui, une fois guéries, revenues sur elles-mêmes et raffermies, peuvent encore rendre de

grands services. Plusieurs fois nous nous sommes conduit de la sorte, et les malades s'en sont parfaitement trouvés.

J. Opération de la fistule lacrymale.

Un procédé simple, prompt, peu douloureux, qui n'expose pas à faire une fausse route et offre l'avantage de ne pas effrayer les malades, consiste à passer le seton ou la canule par l'ouverture de la fistule sans pratiquer l'incision du sac. On cathétérise auparavant le sac et le canal lacrymal.

2^e SECTION.

I. Travaux en Anatomie pathologique.

Ils se composent de :

A. Faits d'anatomie pathologique propres à éclairer la physiologie.

Souvent l'anatomie pathologique vient en aide au physiologiste, et lui sert bien plus que les expériences les mieux faites à déterminer les fonctions et la structure de certains organes. C'est ainsi que j'ai vu un cas de compression des faisceaux antérieurs de la moelle par l'apophyse odontoïde déterminer la perte du mouvement. Plus tard, la partie postérieure de cet organe fut comprimée par l'arc postérieur de l'atlas, la perte du sentiment s'ensuivit.

Déjà j'ai fait remarquer, à l'occasion des données que les faits pathologiques peuvent fournir au diagnostic, que j'avais rencontré et publié un cas de ramollissement de la région cervicale de la moelle qui ne s'était manifesté que par des troubles dans les fonctions du cœur, ce qui prouve d'une manière évidente l'influence de la moelle épinière sur les contractions de cet organe.

J'ai publié trois faits de cancer du cerveau et de la dure-mère, qui montrent que la sensibilité générale et la nutrition du globe de l'œil sont sous l'influence de la cinquième paire de nerfs. Les expériences et l'anatomie pathologique démontrent que l'altération du nerf de la cinquième paire peut déterminer la perte de l'œil. L'anatomie pathologique prouve aussi qu'il n'en est pas de même de l'allongement des nerfs de cet organe et de la branche ophthalmique de Willis; ainsi un allongement d'un ponce n'amène pas nécessairement la perte du globe de l'œil ni de ses fonctions, comme le montre une observation très-curieuse que j'ai publiée. Lorsque cet allongement a été porté assez loin pour amener la perte de la vue, ce sens peut se rétablir lorsque la cause qui a produit cette extension des nerfs a cessé d'agir et que ceux-ci peuvent recouvrer leur longueur primitive.

Les maladies du système osseux que j'ai observées, telles que les ossifications accidentelles, les anciennes nécroses, caries, exostoses, périostoses, périostites, etc., etc., que j'ai montrées à différentes sociétés savantes, m'ont conduit à admettre cette vérité anatomique découverte dans ces derniers temps par M. Gerdy : que les prétendues fibres longitudinales de la substance compacte des os ne sont que des canaux adossés et renfermant des vaisseaux.

B. Anomalies ayant trait à la médecine opératoire.

Je mentionnerai seulement, parmi les anomalies anatomiques que j'ai observées et publiées, celles qui peuvent être utiles à la médecine opératoire et en particulier aux opérations hémostatiques, ainsi qu'aux opérations de hernies.

J'ai vu : 1^o l'artère crurale située en dedans de la veine du même nom au lieu d'être en dehors. Il ne suffirait donc pas, dans une opération qui aurait pour but la ligature de cette artère, de passer un fil sous le vaisseau qui est le plus en dehors pour avoir la certitude qu'on ait saisi ce tronc artériel;

2^o L'artère épigastrique naître de l'artère fémorale à un pouce au-dessous de l'arcade crurale : elle remontait accolée à la face postérieure de la paroi antérieure du canal crural, jusqu'à la partie antérieure et externe de la portion du canal qui laisse passer les vaisseaux lymphatiques dans l'abdomen, et par laquelle se forment les hernies.

3^o Sur le même sujet, l'artère obturatrice naissait de l'épigastrique immédiatement après son entrée dans l'abdomen, se portait en dedans en suivant la partie postérieure de l'arcade crurale; puis, après un trajet de six à sept lignes, se recourbait en bas et un peu en dehors, non pas, comme cela a lieu le plus ordinairement dans cette anomalie, vers la pointe du ligament de Gimbernat, mais bien en suivant la base ou le bord concave de ce ligament. S'il eût été nécessaire, chez ce sujet, de pratiquer l'opération de la hernie étranglée, il eût pu survenir une hémorrhagie dans deux circonstances principales : 1^o dans le premier temps, en mettant la hernie à découvert, l'épigastrique eût pu être blessée; 2^o en débridant; si l'étranglement eût été produit par l'ouverture inférieure du canal, cette artère eût pu être lésée par le débridement en dehors directement, ou en dehors et en haut. Si l'étranglement eût siégé à l'ouverture supérieure, non-seulement cette artère eût couru les mêmes dangers, mais encore on eût pu ouvrir l'artère obturatrice en débridant en dedans sur le ligament de Gimbernat.

La ligature de l'artère fémorale au-dessus de l'arcade crurale, pour un anévrysme ou une plaie de cette artère, eût pu manquer son effet à cause de la nais-

sacré de l'épigastrique entre l'anévrisme ou la plaie et la ligature, ou bien être suivie d'hémorrhagie lors de la chute du lien, par suite d'obstacle à la formation d'un caillot.

4° J'ai vu l'artère obturatrice naître de la circonflexe iliaque, se porter presque aussitôt en dedans, en passant au-dessus des ouvertures internes des canaux inguinal et crural, et descendre ensuite derrière le ligament de Gimbernat. Cette artère eût pu être coupée en débridant en haut, ou en bas et en dehors.

5° L'artère tibiale antérieure manquer dans les deux tiers supérieurs de la jambe; cette artère était fournie en bas par la péronière. C'est cette dernière qu'il eût fallu lier si la tibiale antérieure fût devenue anévrismatique ou eût été blessée à la partie inférieure de la jambe.

6° Le tronc brachio-céphalique être fourni par la fin de la crosse de l'aorte et se porter au con en passant derrière les deux muscles scalènes et le plexus brachial. Si, en faisant la ligature de l'artère sous-clavière droite, on ne la trouvait pas derrière le scalène antérieur, il faudrait la chercher derrière les deux muscles et derrière le plexus brachial.

C. Faits divers d'anatomie pathologique.

1° J'ai observé le cas rare d'un anévrisme de l'artère basilaire qui, par sa rupture, a déterminé un épanchement sanguin à la surface du cerveau; le malade a succombé au milieu d'accidents épileptiformes qui avaient fait attribuer sa mort à une violente attaque d'épilepsie.

2° Le premier j'ai prouvé l'existence de véritables abcès dans la rate.

3° C'est à moi que l'on doit la première description des véritables polypes vésiculeux de la matrice; tous les auteurs ont désigné sous ce nom une maladie tout à fait différente qui serait beaucoup mieux désignée sous le nom de polypes mucocelluleux.

II. Travaux en Anatomie et en Physiologie.

A. Additions à l'anatomie générale de Bichat. (Encyclopédie des sciences médicales.)

On y trouve : 1° une classification des tissus organiques simples et généraux beaucoup plus étendue que celle de Bichat, elle est basée sur la différence des propriétés vitales et chimiques des parties;

2° Une description particulière des systèmes cellulaire, nerveux de la vie animale, nerveux de la vie organique, vasculaire à sang rouge, vasculaire à sang noir, capillaire, fibreux, musculaire de la vie animale, muqueux, glanduleux, dermoïde,

épidermoïde; de nombreuses additions ont été faites à la description de ces différents systèmes de Bichat.

B. Recherches sur l'anatomie de l'oreille. (Thèse pour le doctorat.)

Sur ce point, j'ai enrichi la science de plusieurs découvertes :

1° J'ai donné une nouvelle description du conduit osseux du muscle interne du marteau; fait voir que ce conduit se prolonge très-avant sur la paroi interne de la caisse, et vient s'ouvrir au-dessous de l'extrémité antérieure de la fenêtre ovale par une ouverture circulaire; j'ai décrit son mode de développement, etc.

2° J'ai fait connaître le véritable trajet de la corde du tympan et décrit pour la première fois le canal tympanique.

3° J'ai décrit toutes les variétés que présente la pyramide, tant sous le rapport de son existence, de son volume, que de sa forme; j'ai fait voir qu'à la cavité de la pyramide aboutissent trois conduits, dont deux avaient déjà été indiqués par M. Breschet.

4° J'ai découvert et décrit la cavité sous-pyramidale, qui est un appendice de la caisse du tympan comparable aux cellules mastoïdiennes.

5° J'ai montré que dans plusieurs circonstances les cellules mastoïdiennes sont séparées par de véritables cloisons semblables à celles que l'on trouve dans la capsule des plantes de la famille des papavéracées, disposition qui est normale dans le cheval et dans le bœuf, et forme un appareil de renforcement acoustique fort avantageux;

6° Que l'étrier peut n'avoir qu'une seule branche, et ressembler alors parfaitement à celui des reptiles et des oiseaux;

7° Que l'axe ou columelle du limaçon n'a pas une existence réelle, indépendante, qu'il est formé par la paroi interne ou concave des spires; la manière dont il se termine a été décrite avec le plus grand soin, ce qui n'avait pas encore été fait.

8° J'ai fait connaître le véritable mode de communication des deux rampes du limaçon.

9° Le premier j'ai donné une description exacte du muscle interne du marteau et fait voir que, quand ce muscle agit, il attire le manche du marteau en dedans, et forme avec cet osselet et la membrane du tympan un levier du troisième genre; qu'au contraire, lorsqu'il cesse de se contracter, la membrane du tympan, par son élasticité, ramène le manche du marteau en dehors; c'est en vertu d'un levier coudé du premier genre que M. Cruveilhier désigne sous le nom de mouvement de sonnette;

10° Que les muscles externes du marteau, antérieur du marteau, n'existent pas; que le premier n'est qu'un petit faisceau vasculaire, et le second un ligament qui fixe le marteau sur la fissure de Glaser. J'ai donné une description nouvelle et très-détaillée de ce ligament. (Thèse pour le doctorat.)

C. *Autres découvertes en anatomie.* (Même thèse.)

1° Description du véritable trajet du filet du nerf facial désigné sous le nom de corde du tympan; indication et description des variétés que ce filet présente dans son origine.

Il ne va pas se perdre, comme l'ont dit plusieurs anatomistes modernes, dans le ganglion sous-maxillaire, mais bien dans la langue. C'est ce que confirment les nouvelles recherches de MM. Bernard et Gros.

2° Il n'y a pas deux plexus pulmonaires formés chacun par le nerf pneumo-gastrique correspondant, mais bien un seul plexus pulmonaire formé par les deux nerfs pneumo-gastriques. Le foyer ou centre de ce plexus est situé derrière et au-dessous de la bifurcation de la trachée, derrière et au-dessous des oreillettes du cœur. Ce plexus s'anastomose, comme je l'ai démontré, avec le ganglion cervical inférieur.

3° Découverte et description d'une anastomose consistante et assez volumineuse entre le ganglion cervical supérieur et le nerf laryngé récurrent, avant l'entrée de ce nerf dans le larynx.

4° J'ai montré qu'il y a aussi souvent, peut-être même plus souvent, deux veines azygos qu'une seule.

5° Le premier j'ai donné une description du beau plexus veineux que l'on trouve dans la fosse zygomato-maxillaire, et qui entrelace les deux muscles ptérygoidiens.

6° (Thèse de concours pour l'agrégation.) Découverte et description de la veine saphéno-ischiatique, qui, née de la veine saphène externe, remonte le long de la partie postérieure de la cuisse pour aller se jeter dans les veines du bassin. Cette veine joue un rôle important dans le rétablissement du cours du sang veineux, après l'oblitération de la grande veine saphène. C'est elle qui est cause de l'insuccès de la plupart des opérations chirurgicales tentées pour la cure radicale des varices des membres inférieurs.

7° *Vaisseaux lymphatiques.* (Même thèse.)

A. La dure-mère offre des vaisseaux lymphatiques qui aboutissent à un ganglion situé à la partie postérieure et supérieure du pharynx, au-devant de l'atlas, sur les côtés de l'apophyse basilaire.

B. Les lymphatiques des amygdales, des piliers du voile du palais et des parties latérales de la base de la langue aboutissent à des ganglions placés autour de l'apophyse styloïde et du bouquet de Riola; vers la face interne de la glande parotéide.)

C. Ceux de la partie antérieure de la langue se rendent aux ganglions sous-maxillaires et souvent, à l'aide d'un long vaisseau lymphatique, à un ganglion placé vers le milieu de la partie antérieure du col, vers le bord des muscles sterno-hyoidiens et sterno-thyroïdiens.

Les recherches de M. Denonvilliers ont également démontré ce fait.

D. Les lymphatiques du pénis, après avoir pris naissance sur le gland et sur le prépuce par un seul et unique réseau, montent vers la base de la verge, et là il arrive souvent qu'ils s'entre-croisent de telle sorte que ceux de droite se rendent dans les ganglions de l'aîne gauche, et *vice versa*; ce qui explique comment un chancre siégeant sur un des côtés de la verge peut causer un bubon dans l'aîne du côté opposé.

D. Découvertes anatomiques faites lors de mon concours pour la place de chef des travaux anatomiques. (Année 1844.)

§ 1^{er}. NERFS.

1^o *Nerf glosso-pharyngien*. Toute la portion qui se distribue dans l'épaisseur de la langue est destinée à la couche glandulo-folliculeuse de l'organe. Cette même portion, vers la base de la langue et sur la ligne médiane, s'anastomose avec celle du côté opposé; cette anastomose est constante.

2^o *Nerf hypoglosse*. Ses branches forment des arcades à la manière des artères mésentériques; de ces arcades naissent des rameaux qui se réunissent et donnent naissance à des arcades plus petites, desquelles partent les ramuscules.

3^o *Le nerf laryngé supérieur*, après avoir fourni au larynx une grande partie de ses rameaux et s'être anastomosé avec le laryngé récurrent, se termine dans la portion de la muqueuse pharyngienne qui est située derrière le cartilage cricoïde et l'origine de la trachée-artère. Il fournit là un très-beau plexus.

4^o *Nerf laryngé récurrent*. Toujours, avant d'entrer dans le larynx, il s'anastomose, derrière la glande thyroïde, avec un filet nerveux qui naît du ganglion cervical supérieur.

5^o La branche nerveuse que l'on désigne sous le nom de *laryngée externe*, et que l'on considère comme une branche du laryngé supérieur, naît toujours de trois sources différentes: 1^o du ganglion cervical supérieur; 2^o du laryngé supérieur; 3^o du pneumo-gastrique directement, et quelquefois du glosso-pharyngien.

6° *Nerfs que le grand sympathique envoie à la langue.* Ils sont au nombre de trois, de quatre ou cinq. Les uns viennent directement de la partie interne et antérieure du ganglion cervical supérieur, les autres du plexus pharyngien ou du ganglion intercarotidien d'Arnold; ganglion qui est situé dans l'angle de bifurcation de l'artère carotide externe. Ces nerfs, d'abord étalés sur les côtés de la base de la langue, convergent vers l'artère linguale, l'enlacent en tous sens, et donnent autant de rameaux que l'artère fournit de branches. Ces rameaux s'anastomosent avec des filets du grand hypoglosse, mais surtout du nerf lingual.

E. Aponévrose et tissu fibreux du pharynx.

1° *Aponévrose superficielle du pharynx.* Elle forme une espèce de sac qui embrasse les parties postérieure et latérale du pharynx dans toute la longueur de ce conduit. En haut et en arrière, elle se confond avec l'aponévrose céphalo-pharyngienne; en avant et sur les côtés, en procédant de haut en bas, elle se comporte comme il suit : en dedans de la branche de la mâchoire et du bouquet de Riolan, elle se confond avec l'aponévrose buccinato-pharyngienne; au-dessous du maxillaire inférieur, dans la région sus-hyoïdienne, elle vient se fixer au bord externe du muscle génio-hyoïdien et au ligament stylo-hyoïdien; plus bas, à la ligne oblique du cartilage thyroïde, puis au cricoïde et à la trachée-artère.

2° *Aponévrose céphalo-pharyngienne.* Après un demi-pouce de trajet, elle se double; la lame superficielle ou postérieure tapisse la face correspondante des muscles constricteurs supérieur et moyen; la lame antérieure ou profonde tapisse la face antérieure de ces muscles et les fait adhérer intimement à la membrane muqueuse, qu'elle revêt immédiatement. C'est dans l'épaisseur de cette lame profonde que se trouvent placés les follicules muqueux du pharynx: en descendant sur la face postérieure de la muqueuse pharyngienne, ce feuillet ne forme plus qu'une pellicule extrêmement mince.

3° *Couche fibreuse pharyngo-œsophagienne.* La couche fibreuse de l'œsophage remonte sur le pharynx dans l'étendue de deux pouces et demi environ pour y prendre naissance de la manière suivante: en arrière, elle émane des extrémités inférieures et aponévrotiques des muscles constricteur supérieur, pharyngo-staphylin et stylo-pharyngien; sur les côtés, elle s'insère sur l'interstice du bord postérieur du cartilage thyroïde dans toute l'étendue de ce bord; en avant, à cause de l'ouverture supérieure du larynx, cette membrane se bifurque, et chaque portion de la bifurcation, passant sur les côtés des ventricules du larynx, vient se fixer, sous forme de lame très-mince, au bord supérieur du cartilage thyroïde.

Comme cette membrane adhère peu aux muscles qui la recouvrent, il en résulte que la membrane muqueuse pharyngienne, à laquelle elle est assez fortement unie, peut se froncer, se plisser et paraît peu adhérente aux muscles dans ce point. Ce qui a été dit par les anatomistes du mode d'adhérence de la membrane muqueuse aux muscles doit s'appliquer à cette membrane fibreuse.

F. *Muscles du pharynx.*

1° Les trois muscles constricteurs ne sont pas uniquement placés les uns au-dessus des autres et légèrement imbriqués; ils forment avec le pharyngo-staphylin et le staphylo-pharyngien trois plans placés les uns au-devant des autres et comparables aux plans charnus de l'abdomen.

2° *Muscle constricteur supérieur.* Ses fibres inférieures descendent jusqu'au bas du pharynx, où elles se confondent avec celles des muscles constricteur moyen et pharyngo-staphylin. Une partie de ses fibres supérieures, celles qui forment une arcade à concavité supérieure, viennent se perdre en avant dans la partie supérieure et antérieure du voile du palais, sur l'aponévrose du muscle péristaphylin externe.

3° *Constricteur moyen.* Souvent il reçoit de la portion kéralo-glosse de l'hyoglosse un faisceau charnu.

4° *Muscle pharyngo-staphylin.* J'ai constaté que son extrémité inférieure, ainsi que l'a fait remarquer M. Gerdy, s'unit sur la ligne médiane avec celle du pharyngo-staphylin du côté opposé. Dans le voile du palais, il est formé de deux ordres de fibres, les unes viennent du muscle péristaphylin interne; les autres, qui appartiennent en propre au muscle, se portent en haut et en avant, puis viennent se terminer dans la partie antérieure du voile du palais, au-dessus et en avant du glosso-staphylin et au-dessous des fibres que le constricteur supérieur envoie au voile du palais: de sorte qu'on trouve de haut en bas, sur la face antérieure de cette cloison, trois ordres de fibres charnues.

5° *Muscle stylo-pharyngien.* En bas, une portion de ses fibres va se fixer au côté correspondant de l'épiglotte; une autre, situées un peu plus en dehors, se continue avec les muscles arythéno-épiglottiques; une troisième se fixe, comme le disent les auteurs, au bord postérieur du cartilage thyroïde, et une quatrième, confondue avec l'extrémité inférieure du pharyngo-staphylin, devient aponévrotique et se continue avec la tunique fibreuse pharyngo-œsophagienne.

6° *Muscle glosso-staphylin.* Arrivées au voile du palais, ses fibres s'épanouissent et se confondent, les unes avec celles du muscle péristaphylin interne, les autres avec celles du pharyngo-staphylin.

G. *Muscles de la langue.*

1° *Les fibres transversales extrinsèques* de la langue, entre les deux origines que leur assigne M. Blandin, le constructeur supérieur et le stylo-glosse, viennent aussi du génio-glosse et de l'hyoglosse.

2° *Muscle stylo-glosse.* Ses fibres inférieures et externes passent à travers les fibres postérieures de l'hyoglosse; les unes se continuent avec les fibres du génio-glosse; les autres se portent horizontalement en dedans, et forment, vers la base et à la face inférieure de la langue, un plan de fibres transversales. Quelques-unes se continuent avec les fibres postérieures de l'hyoglosse.

3° *Muscle génio-glosse.* Ses fibres externes se portent en dehors vers le bord correspondant de la langue, et deviennent transversales; les internes, surtout en avant, s'entre-croisent sur la ligne médiane, au-dessous du cartilage lingual, avec celles du côté opposé. Parmi les fibres moyennes, les unes traversent presque verticalement la langue, les autres viennent se fixer sur les parties latérales du cartilage lingual.

4° *Les muscles glosso-épiglottiques*, que Santorini a nommés muscles rétracteurs de l'épiglotte, ne vont pas, comme on le dit, de la langue à l'épiglotte, mais bien de l'os hyoïde à cet organe. Ce sont des muscles hyo-épiglottiques. Il est très-facile de se convaincre de ce fait en disséquant la langue des grands animaux.

H. *Membranes muqueuses.*

1° *Membrane muqueuse pharyngienne.* On trouve en haut et sur ses parties latérales des follicules muqueux très-nombreux, qui forment deux lignes saillantes et irrégulières de plus d'un pouce et demi de longueur. Partout ailleurs ces follicules sont disséminés et très-rares.

2° *Muqueuse linguale.* La couche fibro-cartilagineuse qui la double manque en arrière du V glanduleux jusqu'à l'épiglotte; dans tout cet espace la muqueuse linguale est très-souple et très-mince.

I. *Artères du pharynx.*

Comme les veines, elles forment un très-beau plexus, qui n'a pas encore été mentionné.

J. *Veines.*

Les veines de la langue et du pharynx forment un plexus très-serré entre l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et le muscle ptérygoïdien, et que j'appelle plexus veineux ptérygo-pharyngien.

K. *Dissertation sur les rapports qui existent entre la composition des matières alimentaires et celles du chyle, des fèces et du sang.*

Après avoir donné une analyse chimique des plus détaillées de la composition des aliments, des boissons, des liquides provenant de l'économie versés dans le tube digestif, du chyle, du sang et des excréments, je montre :

1° Qu'il y a la plus grande analogie entre la composition des aliments et celle du chyle; que dix corps simples concourent à former les substances alimentaires et les boissons; que dans le chyle nous en trouvons onze qui sont précisément ceux qu'on rencontre le plus souvent dans les aliments. Les corps simples que jusqu'à présent l'on n'a pas rencontrés dans le chyle sont : le brome, l'iode, le phthore, le silicium, le cuivre, le manganèse et le magnésium, corps que l'on rencontre très-rarement dans les matières qui forment la base ordinaire de l'alimentation;

2° Que les corps composés et les principes immédiats qui entrent dans la formation du chyle se rencontrent tous, moins la matière colorante, dans les aliments et les boissons dont nous usons habituellement;

3° Que les rapports qui existent entre le chyle et le sang sont tels qu'on pourrait presque considérer ces deux produits comme identiques. Dans le chyle on trouve onze corps simples; dans le sang il n'y en a qu'un de plus, le magnésium. Tous les principes immédiats du chyle se retrouvent dans le sang.

Il suit de là qu'il ne suffit pas, pour entretenir la vie, que les matières introduites dans le tube digestif soient susceptibles d'être digérées, il faut encore, comme l'ont fait remarquer plusieurs physiologistes modernes, que ces matières renferment la plupart des matériaux du sang et des organes, sans peine de voir le sang se détériorer et l'organisme entier se détruire, ses pertes n'étant pas réparées. Si les animaux que M. Magendie a nourris longtemps avec des substances alimentaires non azotées sont morts, ce n'est pas seulement parce que ces matières étaient privées d'azote, mais bien parce qu'elles ne renfermaient pas assez de principes nutritifs. On a remarqué que les végétaux non azotés, et ce sont ceux-là surtout que M. Magendie a employés, sont d'une composition fort simple et ne renferment en général que trois corps inorganiques, oxygène, hydrogène et carbone. Comment, avec ces trois corps simples, l'organisme pourrait-il former des principes immédiats en assez grande quantité pour fournir à son entretien?

L. *Un Mémoire sur la glande vulvo-vaginale, les divers appareils sécréteurs des organes génitaux externes de la femme et sur leurs fonctions (avec planches), lu à l'Académie royale de médecine le 31 mars 1846, couronné par l'Institut.*

La connaissance de cet organe est de la plus grande importance, en ce qu'elle donne la clef de plusieurs phénomènes physiologiques relatifs aux fonctions génitales, et met sur la voie d'un grand nombre de maladies vulvo-vaginales dont les causes, la marche, la nature avaient été jusqu'alors inconnues ou mal appréciées.

Dans le premier chapitre, intitulé : *Des caractères anatomiques des organes sécréteurs*, je donne une description nouvelle des organes mucipares de l'orifice vulvo-vaginal. Les uns sont simplement agminés et forment quatre groupes : les vestibulaires, les urétraux, les uréthro-latéraux et les latéraux de l'entrée du vagin; les autres donnent naissance à une véritable glande muqueuse qui a été découverte par G. Bartholin, sommairement décrite par Duverney, Rodius, de Graaf, Santorini, Cowper, etc., et oubliée par tous les anatomistes français de la fin du dernier siècle et ceux de celui-ci.

Cette glande est double, une de chaque côté de l'entrée du vagin; elle appartient à l'ordre des glandes conglomérées; elle donne naissance à un canal qui vient s'ouvrir au-dessous de l'hymen ou des caroncules; elle existe déjà sur les fœtus de six mois.

Dans le deuxième chapitre, je traite des fonctions qui sont principalement relatives à l'acte de la copulation.

Dans le troisième et dernier chapitre, je m'occupe de l'anatomie comparée et des analogies de cette glande. On la rencontre chez les quadrumanes, les carnassiers, les rongeurs, parmi les ruminants, chez la vache; dans les pachydermes, elle est représentée par des lacunes muqueuses.

3^e SECTION.

Enseignement.

Depuis 1830 jusqu'en 1839, j'ai constamment fait des cours :

- 1^o D'anatomie descriptive;
- 2^o D'anatomie médico-chirurgicale;
- 3^o De médecine opératoire;
- 4^o De clinique chirurgicale, dans les différents services que j'ai remplis dans les hôpitaux, lorsque j'étais chirurgien du Bureau central;
- 5^o Pendant sept ans, j'ai fait à l'hôpital de Lourcine un cours clinique sur les maladies des femmes.

4^e SECTION.

Récompenses et places obtenues au concours.

A. A l'École de médecine :

- 1^o En 1828, j'ai été nommé élève de l'École pratique;
- 2^o En 1829, j'ai remporté le prix de clinique chirurgicale, de médecine opératoire et d'accouchement, et les accessits de clinique médicale et de médecine légale;
- 3^o En 1830, nommé aide d'anatomie de la Faculté;
- 4^o En 1833, prosecteur;
- 5^o En 1835, professeur-agrégé;

B. Aux hôpitaux :

- 1^o En 1826, nommé externe;
 - 2^o En 1828, nommé interne;
 - 3^o En 1830, j'ai obtenu le premier prix des hôpitaux, médaille d'or, et deux ans de prolongation d'internat;
 - 4^o En 1832, au moment du choléra, j'ai été désigné par le conseil général des hôpitaux pour remplacer M. François, médecin de l'hospice des Incurables (hommes);
 - 5^o Au concours de 1836, j'ai été nommé chirurgien des hôpitaux et hospices civils de Paris;
 - 6^o En 1840, nommé chirurgien de l'hôpital de Lourcine;
 - 7^o En 1847, chirurgien de l'hôpital Beaujon;
- En 1848, nommé membre de l'Académie impériale de Médecine, section de pathologie chirurgicale;

Nommé, en 1851, lauréat de l'Institut (Académie des sciences) pour mes travaux sur les maladies des femmes;

En 1853, vice-président de la Société de Chirurgie de Paris.

Enfin, je crois devoir ajouter que j'ai concouru deux fois pour la place de professeur à la Faculté de médecine de Paris : une fois pour la chaire de médecine opératoire, et une fois pour celle de clinique chirurgicale.